

medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Hinweise zum medizinischen Rehabilitationsverfahren

Beihilfefähig sind Aufwendungen für:

- **stationäre Rehabilitationsmaßnahmen** in Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen und besondere Maßnahmen mittels physikalischer Therapien (z. B. Bäder, Gymnastik, Bestrahlung o. ä.) und/oder der Einhaltung bestimmter Diäten durchführen, soweit die dafür erforderliche Ausstattung und das dafür erforderliche Pflegepersonal vorhanden sind.
Beihilferechtlich anerkannt sind Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen haben oder in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Ländern der Europäischen Gemeinschaft, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Die beihilfeberechtigte Person hat selbst dafür Sorge zu tragen, sich rechtzeitig vor Beginn einer stationären Rehabilitationsmaßnahme darüber zu informieren, ob die von ihr ausgewählte Einrichtung einen solchen Versorgungsvertrag geschlossen hat.

- **Mutter-/Vater-Kind Rehabilitationsmaßnahmen** in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung.

Aufwendungen werden nur als beihilfefähig anerkannt, wenn sie in einer Einrichtung durchgeführt werden mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht. In der Regel handelt es sich dabei um Einrichtungen des Müttergenesungswerks.

Grundsätzlich sind die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) beihilfefähig. Eine Verlängerung ist nicht möglich.

Für Kinder sind Aufwendungen auch dann beihilfefähig, wenn sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind. Dann ist jedoch eine ärztliche Bescheinigung erforderlich, wonach ihre Einbeziehung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (z. B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter/Vater und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder des Alters des Kindes, weil das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). Die Aufwendungen des Kindes sind dann der Mutter oder dem Vater zuzurechnen.

Wenn allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme. In diesem Fall ist eine

stationäre Rehabilitationsmaßnahme für das Kind zu beantragen.

- **ambulante Rehabilitationsmaßnahmen** in einem anerkannten Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung

Daneben sind nur die Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25 und 26 Abs. 1 Nr. 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig:

- a) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen,
- b) Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern,
- c) ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel,
- d) ärztlich verordnete Heilmittel (bis zum jeweiligen beihilfefähigen Höchstbetrag),
- e) ärztlich verordnete Hilfsmittel,
- f) Komplextherapien,
- g) die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellen würde,
- h) Fahrkosten bei An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderungskosten
 - bei einem, durch ärztliches Gutachten bestätigen, aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen, die nach dem jeweiligen Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge,
 - bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die tatsächlich entstandenen Kosten (jedoch maximal bis zur niedrigsten Klasse und nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme),
 - bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,20 Euro je Kilometer (maßgeblich ist die mit einem privaten Kraftfahrzeug üblicherweise zurückzulegende kürzeste Strecke zwischen der Wohnung und der Einrichtung, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme),
 - bei Personen mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG, Bl oder H bzw. der Pflegegrade 3 bis 5 für die

Fahrt mit einem Taxi die tatsächlich entstandenen Kosten, sofern zuvor die medizinische Notwendigkeit der Taxinutzung im ärztlichen Gutachten bestätigt und durch die Beihilfestelle genehmigt wurde,

- i) Kurtaxe,
- j) ärztlicher Schlussbericht,
- k) Aufwendungen der Begleitperson, wenn zuvor die medizinische Notwendigkeit der Begleitung im ärztlichen Gutachten bestätigt und zuvor durch die Beihilfestelle genehmigt wurde:
 - Unterkunft und Verpflegung in der Rehabilitationseinrichtung, sofern die Mitaufnahme in der Einrichtung nicht möglich ist, auch außerhalb, bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung
 - Fahrtkosten im Rahmen der Höchstgrenze für die Gesamtmaßnahme
 - Kurtaxe
 - nachgewiesener Verdienstaussfall
- l) Familien- und Haushaltshilfe, sofern
 - die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person eine Rehabilitationsmaßnahme durchführt,
 - im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
 - keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 EUR je Kalendertag bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Mutter-/Vater-Kind Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr. Eigenbehalte, die im gleichen Jahr bereits wegen eines Krankenhausaufenthaltes berücksichtigt wurden, werden angerechnet.

Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und für Begleitpersonen bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme.

Falls die behandelte Person Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist, ist außerdem ein Beleg der Krankenversicherung über die Höhe ihrer Leistungen beizufügen.

Beihilfefähige Aufwendungen der Begleitperson werden der oder dem Begleitenden zugeordnet. Die Zuordnung der Aufwendungen bestimmt den für die Aufwendungen anzusetzenden Beihilfebemessungssatz.

Sofern die Einrichtung Vorkasse verlangt, kann ein Abschlag gewährt werden. In diesem Fall kontaktieren Sie uns bitte.

Vor Beginn der Behandlung sollten Sie sich in jedem Fall bei Ihrer Krankenversicherung nach den dortigen Leistungen erkundigen, weil diese von den Leistungen der Beihilfe teilweise erheblich abweichen können.

Für Fragen stehen wir Ihnen unter den bekannten Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung.

Antragsformulare und Informationen zum Beihilferecht finden Sie unter anderem auf unserer Internetseite:

www.kvsa-magdeburg.de/beihilfe

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
- Beihilfeumlagekasse -

Allgemeiner Hinweis: Aufbau und Inhalt des Merkblattes orientiert sich an den einschlägigen Merkblättern und veröffentlichten Informationen des Bundesverwaltungsamtes [[BVA-Merkblätter \(bund.de\)](http://BVA-Merkblätter(bund.de))] unter Berücksichtigung der in Sachsen-Anhalt einschlägigen landesrechtlichen Regelungen.